FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 60.

DE LA TORSION DU PÉDICULE

DANS

L'ECTOPIE DE LA RATE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Février 1896

PAR

Charles-Joachim-Marie-Joseph MORAULT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE RENNES

Né à PARAMÉ (Ille-et-Vilaine), le 23 Août 1867

Examinateurs de la Thèse..	MM. MASSE	professeur		*Président*
	DEMONS	professeur		
	VILLAR	agrégé		*Juges*
	BRAQUEHAYE	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 60.

DE LA TORSION DU PÉDICULE

DANS

L'ECTOPIE DE LA RATE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Février 1896

PAR

Charles-Joachim-Marie-Joseph MORAULT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE RENNES

Né à PARAMÉ (Ille-et-Vilaine), le 23 Août 1867

Examinateurs de la Thèse..	MM. MASSE	professeur	*Président*
	DEMONS	professeur	*Juges*
	VILLAR	agrégé	*Juges*
	BRAQUEHAYE	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1896

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne.....	PICOT. PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIE.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	de NABIAS
Médecine expérimentale.....	FERRE.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe.....	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie.....	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie.....	PACHON.
Histoire naturelle.....	BEILLE.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique.....	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGES.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe....	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements.....	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie.....	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR J. MORAULT

A MON ONCLE

LE DOCTEUR ERNEST DAYOT

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MON COUSIN

LE DOCTEUR HIPPOLYTE DAYOT

CHIRURGIEN SUPPLÉANT DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES

PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSE

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

INTRODUCTION

Lorsque la rate, pour une cause ou pour une autre, s'est déplacée dans l'abdomen, il arrive assez souvent que son pédicule subit une torsion plus ou moins prononcée, donnant naissance à des accidents de péritonisme analogues à ceux que produit la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

Cette complication est plus fréquente qu'on ne le pensait jusqu'à ces dernières années. En effet, à mesure que les études se complètent sur ce sujet, on voit les observations se multiplier. Sur vingt-trois cas que nous avons pu réunir, neuf sont postérieurs à l'année 1889. Est-ce à dire que cet accident soit devenu plus fréquent ? Nous ne le pensons pas, mais l'attention des chirurgiens ayant été appelée sur ce point, ils apportent sans doute plus de soin à le constater.

Nous nous proposons d'étudier cet accident de l'ectopie splénique.

Nous rappellerons quelques données anatomiques indispensables sur la forme, les rapports et les moyens de fixité de l'organe en question.

Nous exposerons le tableau clinique de l'affection.

Nous chercherons à mettre en relief les points qui peuvent mener au diagnostic.

Enfin, après avoir rapporté quelques observations dont une nous est personnelle, nous concluerons à l'indication formelle de la splénectomie.

Mais, avant d'entrer dans le développement de notre sujet, nous tenons à adresser nos remerciements à nos maîtres de l'école de Rennes.

MM. les docteurs Delacourt, Aubrée, Perret et Bertheux nous ont enseigné les secrets de la clinique ; qu'ils soient assurés de notre profonde reconnaissance.

Nous n'avons garde d'oublier MM. les docteurs Bruté de Rémur, L'Huissier, Perrin de la Touche, Lefeuvre, Bellamy et Deschamps, nos maîtres en pathologie, anatomie, physiologie, chimie et physique.

Enfin, qu'il nous soit permis de témoigner une reconnaissance toute spéciale à nos chers maîtres et parents, les docteurs Dayot père et fils, pour l'affection et le dévouement dont ils nous ont donné tant de preuves.

M. le professeur Masse a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il daigne agréer ici l'humble hommage de notre très respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Forme, rapports et moyens de fixité, dimensions, poids, consistance de la Rate.

A. *Forme et rapports.* — La rate est un organe impair, de forme arrondie ou prismatique, allongé de haut en bas, se rapprochant assez d'un segment d'ellipsoïde. Elle présente deux faces, deux bords, deux extrémités.

a) Une face externe, convexe, unie, en rapport avec la concavité du diaphragme qui la sépare des 9e, 10e et 11e côtes gauches.

b) Une face interne concave, divisée en deux portions inégales par une série de six à dix trous donnant passage aux vaisseaux et nerfs et formant le hile de l'organe. La partie antérieure de cette face est en rapport avec la grosse tubérosité de l'estomac, la partie postérieure avec l'arrière cavité des épiploons, le pilier gauche du diaphragme et la queue du pancréas.

c) Le bord antérieur est convexe, mince, en rapport avec la grosse extrémité de l'estomac.

d) Le bord postérieur, arrondi, répond au rein et à la capsule surrénale gauche.

e) L'extrémité supérieure ou tête répond au diaphragme.

f) L'extrémité inférieure est reçue dans un petit sac séreux formé par le péritoine.

B. *Moyens de fixité.* — Cet organe est normalement retenu à sa place par des replis du péritoine qui forment trois ligaments et un petit sac séreux qui loge l'extrémité inférieure.

a) Le ligament gastro-splénique, le plus considérable qui va du grand cul-de-sac de l'estomac au hile de la rate et est constitué par les deux feuillets qui enveloppent la rate et contiennent les vaisseaux et nerfs spléniques et les vaisseaux courts.

b Le ligament phréno-splénique, triangulaire, étendu du pilier gauche du diaphragme à la partie postérieure de la tête de la rate.

c) Le ligament pancréatico-splénique qui unit la queue du pancréas à celle de la rate. Il est inconstant.

d) Enfin, le petit sac séreux qui loge l'extrémité inférieure de la rate.

C. *Dimensions, poids, consistance.* — A l'état normal, la rate mesure environ 12 centimètres de long, 8 centimètres de large et 3 centimètres d'épaisseur.

Son poids est de 195 grammes.

Elle a une consistance molle et friable.

CHAPITRE II

Tableau clinique de l'affection

Il serait difficile de faire un tableau symptomatique caractéristique de la lésion que nous étudions, chaque cas pouvant présenter ses particularités et ses surprises. Toutefois, à l'aide de nos observations, nous pouvons établir deux types cliniques principaux.

L'un se rapportant aux cas où la torsion est insuffisante pour produire de grands désordres et ne donne lieu qu'à une augmentation des phénomènes dus à l'ectopie.

L'autre, dans lequel le pédicule, en se tordant fortement, amène des compressions nerveuses, des oblitérations vasculaires qui sont la source de troubles graves, souvent accompagnés de péritonite.

Si le pédicule ne se tord que de 90 à 180° autour de son axe, comme dans nos Observations (I, II, IV, V, X, XI), ce qui domine la scène, ce sont des crises douloureuses plus ou moins fortes, revenant à intervalles plus ou moins fixes.

Les malades, des femmes dans toutes nos observations, le plus souvent entachées d'impaludisme, s'aperçoivent qu'elles

portent dans le ventre une tumeur généralement mobile et indolente et accusent de vagues symptômes : pesanteur, sensation de tiraillement, de plénitude, qui s'accentuent au moindre effort.

La douleur est presque constante, variable comme siège et comme caractère, augmentant par la marche ou la fatigue, pouvant disparaître dans telle ou telle position. Elle irradie au dos, aux lombes, à la racine des cuisses, rappelant celles des affections génitales.

Souvent ces douleurs subissent des exacerbations périodiques soit au moment des règles, soit pendant les époques intermenstruelles et peuvent s'accompagner de troubles digestifs.

Ce sont des dyspepsies, des anorexies, des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée, tous phénomènes en rapport avec les compressions ou les tiraillements exercés par la tumeur.

Rien jusqu'ici ne peut faire soupçonner que le pédicule s'est tordu, on peut croire à une ectopie simple : c'est qu'il n'y a pas encore compression des nerfs et vaisseaux spléniques.

Mais, si la torsion du pédicule dépasse 180° et atteint, ce qui s'est vu, deux ou trois tours (Obs. III, VI, VII, VIII, IX, XII, XIII), les symptômes deviennent alarmants.

Le plus souvent, la malade ressent brusquement soit après un effort, soit sans cause appréciable, une douleur vive et intolérable dans la région de la tumeur; puis vient tout le cortège de la péritonite, fièvre, ballonnement du ventre, vomissements bilieux ou fécaloïdes, constipation ou diarrhée, contre lesquels aucun traitement ne réussit et la malade succombe dans des douleurs atroces, si l'on n'intervient promptement et radicalement.

Le court exposé clinique que nous venons de faire permet d'entrevoir les difficultés auxquelles on viendra se heurter dans le diagnostic. Tous ces symptômes, en effet, peuvent être rapportés à toutes les tumeurs abdominales; pas un n'est spécial aux tumeurs spléniques.

Il nous faut donc demander aux signes physiques les éléments de notre diagnostic.

On procédera minutieusement au palper, à la percussion, au toucher, afin de ne laisser échapper aucun de ces signes, si minime soit-il, qui puisse faciliter la solution du problème.

Par la palpation, on se rendra compte de la mobilité, de la consistance, du volume approximatif et surtout de la forme de la tumeur. On sait, en effet, que, en général, la rate s'hypertrophie également en tous ses points et conserve sa forme normale, ellipsoïde, présentant, point important, un bord tranchant, coupé d'incisures plus ou moins profondes, mais qui peut, quoique rarement, être devenu inaccessible à la main exploratrice.

Par la percussion, on délimitera aussi exactement que possible les contours et la situation de la tumeur; elle siège tantôt à droite, tantôt à gauche, rarement sur la ligne médiane.

Après évacuation de l'intestin, on recherchera la matité splénique dans le flanc gauche, son absence serait un signe important.

Le toucher vaginal et rectal ne sera pas négligé, il permettra de reconnaître les connexions qui pourraient exister entre l'utérus et la tumeur.

Les ovaires seront soigneusement explorés et la constatation de leur état permettra d'éviter plus d'une erreur de diagnostic.

Toutes ces explorations, relativement faciles lorsque la paroi abdominale est relâchée et indolente, deviennent très difficiles, souvent même impossibles, lorsque le ventre est tendu et devenu sensible par suite de péritonite. On devra alors avoir recours à l'examen après anesthésie, et, après avoir épuisé tous les autres moyens, à la laparotomie exploratrice, qui ne sera le plus souvent que le premier acte d'une intervention curative.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Les 23 cas que nous avons recueillis ont été suivis de la laparotomie ou de l'autopsie, ce qui nous permet d'en tirer quelques détails anatomo-pathologiques.

Presque constamment on trouve du côté du péritoine des signes manifestes de péritonite plus ou moins ancienne, représentés surtout par des adhérences multiples de la rate avec l'épiploon, l'intestin ou les organes du petit bassin. Ces adhérences permettent de reconnaître approximativement l'époque de la torsion.

Avons-nous affaire à une torsion ancienne ayant donné lieu à des accidents chroniques ? Nous rencontrons, au cours de l'opération ou de l'autopsie, des adhérences si solides qu'il est difficile, souvent même impossible, de les détacher sans déchirer la capsule en quelques points (Obs. I, II, VII).

Avons-nous au contraire affaire à l'un de ces cas où la torsion a été brusque et suffisante pour provoquer des accidents

graves et une péritonite aiguë ? Les adhérences sont généralement molles, se déchirent avec le doigt et permettent une énucléation facile de la tumeur. (Obs. III, VIII, IX.)

La rate est le plus souvent hypertrophiée par suite d'infection paludique, mais son parenchyme a subi peu ou pas de modifications, au moins dans les cas de torsion légère ; il est seulement ramolli et se déchire facilement.

Il n'en est plus de même si la torsion a été considérable et gêne ou même interrompt la circulation ; il n'est pas rare alors de rencontrer dans le tissu splénique, des infractus et des foyers de nécrose.

Quant au pédicule, formé par le ligament gastro-splénique principalement, il contient les nerfs et les vaisseaux de l'organe. Sa rotation se fait, tantôt de droite à gauche, tantôt de gauche à droite, plus souvent suivant ce dernier mode et peut atteindre jusqu'à trois tours et demi. Par suite de cette torsion, les vaisseaux se trouvent thrombosés et obstrués et c'est alors qu'il peut s'établir une circulation complémentaire aux dépens de l'épiploon adhérent. C'est du moins ce qui a paru se produire chez notre malade dont l'épiploon présentait une vascularisation vraiment surprenante. Il n'y aurait du reste là qu'un fait analogue à ce qui, d'après M. Chalot, de Montpellier (1), se produit dans la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, accident en beaucoup de points analogue à celui que nous étudions.

La rate, reliée à divers autres organes abdominaux par ses ligaments, peut les entraîner dans son déplacement. Le pancréas est le plus souvent déplacé et on l'a vu s'enrouler autour du pédicule dont il faisait partie intégrante.

(1) *Annales de gynécologie*, 1887.

Il eût été intéressant d'étudier les causes qui peuvent produire cette torsion pédiculaire. Malheureusement, malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver aucun renseignement à ce sujet et nous en sommes réduit aux suppositions.

Faut-il incriminer les mouvements brusques du corps; chute, saut, danse ? Cela paraît probable d'après certaines de nos observations; mais il faut sans doute attribuer une influence aux mouvements et déplacements physiologiques de l'intestin. Peut-être l'avenir permettra-t-il d'élucider cette question.

CHAPITRE IV

Diagnostic. — Pronostic.

Ce que nous avons dit dans l'exposé clinique et symptomatique, montre assez quelles sont les difficultés du diagnostic; il est resté incertain dans tous les cas que nous avons relevés, qui cependant appartiennent à des chirurgiens éminents.

Aussi, n'avons-nous pas la prétention de donner, dans ce chapitre, des règles formelles; nous essayerons seulement de faire ressortir de nos observations les particularités qui nous semblent pouvoir conduire à une probabilité.

Tout d'abord, la rate est-elle l'organe atteint ?

Les erreurs commises diffèrent suivant que les accidents sont à marche chronique ou aiguë, suivant que la tumeur est libre dans la cavité abdominale ou devenue fixe par suite d'adhérences.

Si la tumeur est très mobile, c'est avec le rein flottant qu'on la confondra le plus souvent. Cette erreur pourra être évitée si l'on se rappelle qu'en avant du rein se place presque constamment une anse intestinale qui coupe, par une bande sonore, la matité de la tumeur, tandis que la rate, en rapport

direct avec la paroi abdominale offre dans toute son étendue une matité uniforme.

Comme contrôle, on n'oubliera pas d'explorer par la percussion le flanc gauche, devenu sonore, si la rate a abandonné sa position normale.

Certains auteurs ont signalé la sonorité de la région lombaire dans le cas de rein flottant.

Une tumeur du mésentère pourrait donner lieu à peu près aux mêmes symptômes qu'une ectopie splénique, mais outre qu'elle est moins mobile et plus médiane, elle est comme le rein, séparée de la paroi abdominale par une anse d'intestin sonore.

Un néoplasme de l'épiploon pourrait encore égarer le diagnostic : ici, mobilité assez considérable, matité sur toute l'étendue de la tumeur. On se souviendra alors de la forme de la rate avec son bord tranchant, coupé d'incisures et l'on s'assurera, par la percussion, de la présence ou de l'absence de la rate à sa place habituelle.

Supposons maintenant une tumeur à peu près immobile ; la question se posera entre un kyste de l'ovaire, un fibrome de l'utérus ou une rate en ectopie. Nous ne parlons pas de la grossesse quoique l'erreur ait été commise.

Ici, les anamnestiques seront d'une grande importance et devront être recherchés avec le plus grand soin.

En effet, s'agit-il d'une tumeur ovarienne ? La malade pourra se rappeler que la tumeur a d'abord apparu dans le bassin, puis s'est développée de bas en haut. Une tumeur splénique aurait progressé en sens inverse. Mais ce signe pris isolément ne saurait entraîner le diagnostic; il prend au contraire une grande importance s'il est complété par les renseignements que fournit l'examen des ovaires, généralement sains et non déplacés par les déplacements de la rate.

Le toucher vaginal permettra de reconnaître l'indépendance presque constante de la rate ectopiée et des organes génitaux, indépendance qui n'existerait pas pour un kyste de l'ovaire.

S'agit-il d'un fibrome utérin ? Aux signes précédents viendront s'ajouter d'autres signes fournis par l'hystérométrie, le toucher vaginal et rectal.

Lorsque l'on aura acquis la certitude que l'on est en présence d'une ectopie splénique, pourra-t-on reconnaître que le pédicule a subi une torsion ? Nous ne le croyons pas ; tout au plus pourra-t-on le soupçonner si l'on constate, à une époque quelconque de la maladie, une aggravation des symptômes, accompagnant une augmentation souvent rapide du volume de la tumeur.

Dans tout ceci, nous avons supposé la malade atteinte d'accidents chroniques, la paroi abdominale mince, relâchée, indolente et permettant une exploration facile.

Beaucoup plus grande est la difficulté si l'on est appelé au milieu de ces symptômes graves que nous avons signalés dans les cas de torsion brusque et prononcée. Le ventre, dur, ballonné, douloureux à la moindre pression ne permet qu'une exploration très incomplète ; les commémoratifs fournis par la malade gravement atteinte sont pleins de lacunes et ce ne sera que dans des cas très rares que l'on pourra arriver à faire un diagnostic.

Il faut avoir alors recours sans retard à l'examen après anesthésie et, si l'on n'en obtient pas de résultat, procéder à la laparotomie exploratrice.

La gravité du pronostic est évidente dans les cas aigus ; c'est la mort à brève échéance si l'on n'intervient rapidement.

Dans les cas chroniques, le pronostic n'est pas plus rassu-

rant. Les malades, en effet, sont sans cesse menacées de voir leur affection passer à l'état aigu ; la rate, à moins qu'elle ne soit fortement fixée dans sa position anormale, pourra subir de nouveaux déplacements et son pédicule se tordre au point de provoquer les terribles accidents que nous connaissons. Du reste, sans nouveau déplacement, sans nouvelle torsion, l'état peut devenir des plus graves par occlusion intestinale, l'intestin se trouvant étranglé par le pédicule ou les adhérences.

Enfin, laissant même de côté toutes les complications, nous trouvons bien sombre l'avenir de ces malheureuses, condamnées à des souffrances, à des troubles fonctionnels permanents qui finissent par les épuiser et les amener rapidement à la cachexie et à la mort.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Avant d'aborder la question du traitement, nous allons rapporter les observations que nous avons pu rencontrer dans la littérature médicale.

Nous avons divisé ce chapitre en deux parties. Dans la première nous relatons les cas où la splénectomie a été pratiquée.

Dans la seconde, nous citons quelques cas où la lésion n'a pas été traitée et n'a été révélée que par l'autopsie.

PREMIÈRE PARTIE

Malades ayant subi la splénectomie.

Observation I (Personnelle).

Ectopie de la rate avec torsion de son pédicule ; accidents péritonéaux à évolution lente, splénectomie. Guérison.

(Par le docteur Dayot fils, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes.)

Eléonore G..., célibataire, âgée de trente et un ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 février 1894 pour une tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-trois ans d'affection cardiaque, alcoolique et rhumatisant, il avait une bonne santé.

Mère, âgée de soixante ans, bien portante.

Trois frères vigoureux, ayant fait leur service militaire; l'aîné mort d'un accident de voiture.

Deux sœurs également bien portantes.

Antécédents personnels. — A six ans, chute dans le feu, brûlures de la face, cicatrices, entropion de l'œil droit.

Réglée à quinze ans, menstruation régulière, jamais de pertes blanches, pas de grossesse.

Aucune maladie jusqu'à l'âge de vingt ans.

A cette époque (1883), Eléonore G..., qui travaillait aux champs, est prise brusquement de douleurs abdominales avec vomissements, fièvre, courbature générale, mais pas de syncope. Elle s'étend à terre pendant quelques instants, puis peut regagner seule et sans aucun aide son domicile distant de quelques centaines de mètres.

Elle s'alite jusqu'au lendemain et reconnaît que son ventre a grossi et durci sur une grande étendue du côté gauche. Tous ces accidents disparaissent rapidement, le ventre se dégonfle, reprend sa souplesse et Eléonore G... ne ressent plus rien d'anormal.

Trois mois après, les mêmes accidents se reproduisent et depuis lors, pendant sept ans et demi, se montrent de temps en temps, de préférence dans les jours qui précèdent l'apparition des règles, alternant avec des périodes de santé à peu près satisfaisante pendant lesquelles le gonflement et l'induration de la portion gauche de l'abdomen disparaissent partiellement, ne laissant après eux qu'un sentiment de plénitude qui empêche la malade de « crocheter ses jupes ».

De plus, si elle fait un travail un peu fatigant, elle est généralement prise de vomissements et de coliques très fortes.

En 1890, le ventre prend un développement progressif et durable.

plusieurs médecins sont consultés et soumettent la malade à divers traitements sur lesquels elle ne peut donner aucun renseignement, l'un d'eux porte le diagnostic d'une grossesse.

En 1892, Eléonore G... consulte le docteur Rascol (de Rétiers), qui rencontre dans la région sous-ombilicale une tumeur dure, lisse, uniforme, indolente, paraissant très mobile, accolée à la paroi abdominale, s'étendant de la fosse iliaque droite à la fosse iliaque gauche dans laquelle elle s'élève un peu plus, s'enfonçant dans le bassin.

Le docteur Rascol pense se trouver en présence d'un fibrome et pratique, dans la tumeur même, plusieurs injections d'ergotine

Chaque injection est suivie d'un grand frisson et de vomissements, le tout durant d'un quart d'heure à une heure. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminue, les crises disparaissent, tous les symptômes sont atténués.

En janvier 1894, l'amélioration ne progresse plus, la tumeur abdominale quoique diminuée persiste toujours; le docteur Rascol adresse alors la malade au docteur Dayot dans le service duquel elle entre le 8 février, réclamant une intervention chirurgicale, ce à quoi elle est poussée par le retour de troubles fonctionnels analogues à ceux dont elle a déjà souffert.

Etat actuel. — La malade est amaigrie et ne présente d'œdème ni aux membres inférieurs ni à la paroi abdominale.

Le ventre est développé dans sa région sous-ombilicale, à peu près comme dans une grossesse de six mois; l'ombilic n'est pas effacé, il n'y a ni vergetures ni ligne brune abdominale. Au palper, on reconnaît l'existence d'une tumeur indolente, lisse, aplatie, occupant la fosse iliaque gauche, la région hypogastrique et empiétant légèrement sur la fosse iliaque droite.

Le bord supérieur de cette tumeur est arrondi, facile à circonscrire, distant de quatre à cinq centimètres de l'ombilic; son bord inférieur plonge dans le bassin, laissant toutefois insinuer la main entre la tumeur et le pourtour de l'excavation pelvienne.

La tumeur est de consistance ferme, uniforme, sans points fluctuants, mobile dans le sens transversal, beaucoup moins dans le sens vertical.

La percussion permet de reconnaître une sonorité exagérée au-dessus de la tumeur qui, elle-même, est mate en tous ses points.

Le toucher vaginal montre que les culs-de-sac vaginaux sont sains, l'utérus normal, indépendant de la tumeur quoiqu'il soit légèrement déplacé par les mouvements imprimés à celle-ci.

Aucun symptôme fonctionnel du côté des organes génitaux.

Pas d'ectopie rénale.

Pas de troubles urinaires ; urines normales comme quantité et qualité.

Cœur et poumons sains.

Qu'est-ce donc que cette tumeur superficielle, avec sa consistance de fibrome ?

Est-ce un néoplasme du grand épiploon ?

Un fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale s'étant pédiculisé ?

Un fibrome utérin énucléé dans l'abdomen ? La malade n'a jamais eu aucun signe de myome de l'utérus.

Une intervention est décidée et fixée au 18 février.

Opération. — La paroi abdominale est rasée, lavée et brossée à l'eau chaude et au savon, puis lavée à l'éther, à l'eau phéniquée forte, au sublimé. Le champ opératoire est garni de compresses stérilisées.

Incision longue de 10 centimètres environ, commençant à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. Ouverture du péritoine sur lequel des pinces sont placées.

Sous le péritoine, on rencontre le grand épiploon étendu sur la face antérieure de la tumeur à laquelle il adhère intimement. Il est très vascularisé, parcouru par une dizaine de veines volumineuses à direction verticale et parallèles entre elles; certaines ont le volume de l'axillaire.

La main introduite dans l'excavation pelvienne contourne facilement la tumeur, la refoule de bas en haut et l'on peut constater qu'elle est absolument indépendante des organes génitaux. C'est alors que l'on reconnaît le tissu splénique.

Le chirurgien remonte vers le bord supérieur et sectionne l'épiploon entre deux rangées de pinces à ligaments larges. Une ligature en chaîne est posée sur la portion gastro-colique qui est réclinée vers la partie supérieure de l'abdomen, l'autre portion demeure adhérente à la rate.

Celle-ci est isolée de deux anses d'intestin grêle qui adhéraient largement à sa face postérieure. L'intestin est refoulé, protégé par des compresses montées sur pinces dorées et la rate est sortie de l'abdomen.

On peut alors se rendre compte que son pédicule allongé a subi une torsion d'un demi-tour.

La rate était donc en ectopie iliaque gauche et pelvienne, disposée de telle sorte que son hile regardait en haut et en arrière, son extrémité supérieure était à droite, son extrémité inférieure à gauche. La face externe regardait en avant et en bas, appliquée derrière la paroi abdominale dont la séparait l'épiploon. Une partie de cette face s'engageait dans l'excavation pelvienne. C'était le bord postérieur de l'organe que l'on sentait en haut, du côté de l'ombilic.

Le pédicule contient deux artères principales très volumineuses et plusieurs artérioles. Le système veineux est très peu développé.

Ce pédicule est sectionné entre deux pinces à ligaments larges, lié en chaîne à la soie plate et touché au thermo-cautère.

A l'ouverture du péritoine, il s'est écoulé une petite quantité de liquide ascitique.

Toilette péritonéale très simple.

Suture abdominale à trois étages.

Suites opératoires. — Les suites de cette intervention sont très bénignes, la malade se lève au bout de vingt jours, et, le 24 mars, rentrée chez elle, elle écrit au docteur Dayot qu'elle se porte très bien.

Treize mois plus tard elle revient à l'Hôtel-Dieu atteinte d'occlusion intestinale. Opération, mort par perforation intestinale.

Examen de la rate. — Longueur : 25 centimètres.

Poids : 650 grammes dix heures après l'ablation. La rate, vidée du sang qu'elle avait perdu en assez grande quantité, avait à ce moment notablement diminué de volume.

N. B. — Le docteur Rascol fit savoir après l'opération qu'il y avait eu autrefois des cas de malaria à Rétiers, que toute la famille G... avait eu les fièvres et que le sujet de l'observation avait été atteint à l'âge de dix ans.

Ce commémoratif important, recherché au moment de l'opération, était ignoré de la malade.

Observation II

Par le Dr Heurtaux, de Nantes (Société de Chirurgie de Paris, 27 décembre 1893.)

Ectopie de la rate avec torsion du pédicule. Splénectomie.

Une jeune fille de la Vendée, âgée de dix-sept ans, Yvonne G..., est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 10 août 1893, pour une tumeur du ventre.

Pas de maladies antérieures, notamment pas de fièvre intermittente; mais il en existe dans le pays qu'elle habite.

On ne trouve dans ses antécédents, ni traumatisme, ni chute, jamais elle ne s'est livrée à des travaux exigeant des efforts musculaires.

Réglée seulement depuis un an, elle a eu d'abord quatre époques régulières, peu abondantes, un peu douloureuses. Puis, pendant plusieurs mois, les règles sont revenues abondantes au point de constituer une véritable perte qui a duré huit jours; les six premiers jours

surtout elles ont été copieuses. A la suite de cette époque, la jeune fille a pu reprendre pendant quinze jours ses occupations.

Il y a un mois, au moment où les règles auraient dû reparaître, Yvonne C... a éprouvé une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. On découvre alors dans cette région une tumeur, d'abord de petit volume, grosse comme un demi-œuf, pour employer l'expression de la mère, mais qui en quatre jours prend un assez grand développement. En même temps, il y a eu de la fièvre et quelques vomissements. Depuis lors la malade a toujours souffert et, à peu près chaque jour, elle a eu de la fièvre.

A son entrée, le 10 août, on est frappé de sa pâleur, de son amaigrissement et de sa faiblesse.

A l'examen du ventre, même sans y toucher, on voit une tumeur qui fait saillie dans la moitié droite de l'hypogastre.

Au palper, on sent une tumeur arrondie, ferme, non fluctuante, douloureuse, qui présente les limites suivantes :

En haut, elle remonte au niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic; en bas, elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne; à droite, elle est appliquée directement sur la fosse iliaque; à gauche, elle atteint et même dépasse un peu la ligne médiane. De ce côté gauche, la tumeur a la forme d'un bord mousse, épais, au-dessous duquel il est possible d'enfoncer un peu les doigts. La mobilité de la tumeur est absolument nulle.

Ces explorations sont douloureuses, surtout à la partie moyenne de la tumeur.

A la percussion, la matité de la région malade est complète, partout ailleurs le ventre a la sonorité normale.

Le toucher vaginal fait reconnaître un col sain, de petit volume, l'utérus est médiocrement mobile. Dans le cul-de-sac antérieur et dans celui du côté droit, on sent l'extrémité inférieure de la tumeur, mais celle-ci est profonde, ne fait pas bomber les culs-de-sac.

Miction régulière; garde-robes assez faciles.

On ne trouve rien du côté des autres organes.

Le pouls est faible, fréquent.

La température, dans les jours qui ont précédé l'opération, a oscillé entre 37° 2 et 38° 6; les élévations se faisant sentir plutôt dans la journée, quelquefois le soir, en sorte que la fièvre avait des allures irrégulières.

Plusieurs chirurgiens examinent la malade; la plupart croient à une hématocèle, circonscrite par des adhérences péritonéales, l'un d'eux pense qu'il s'agit d'un hématosalpinx.

Dans les huit jours qui se sont écoulés entre l'arrivée de la malade à l'hôpital et l'opération, on a pu constater une notable augmentation du volume de la tumeur, laquelle arrive à dépasser, à gauche, la ligne médiane de trois travers de doigt environ. L'état général est toujours mauvais, même pâleur, grande faiblesse, inappétence absolue.

Laparotomie pratiquée le 19 août 1893 en présence de MM. Alb. Malherbe et Edm. Vignard. — Incision médiane commençant à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic et s'étendant jusqu'au pubis.

Le péritoine est tout à fait adhérent à la tumeur et très épaissi. Quand on le décolle de côté et d'autre, il sort du sang noirâtre et, à un moment, un peu de liquide grisâtre qui semble être du pus.

La tumeur étant découverte sur une certaine étendue, on voit une masse d'un rouge foncé et violacé, et l'on se demande si l'on n'est pas en présence de la rate dont la capsule reste adhérente au feuillet pariétal du péritoine.

Tous les doutes cessent lorsqu'on est parvenu à décoller complètement la tumeur et à l'attirer hors du ventre. On reconnaît alors les différentes particularités que voici :

La rate, tombée dans la fosse iliaque droite, a éprouvé un mouvement de rotation de trois quarts de cercle qui s'est effectué de gauche à droite. L'extrémité supérieure a plongé en bas et à droite dans l'excavation pelvienne, en arrière du ligament large où elle adhère. L'extrémité inférieure de l'organe est dirigée vers l'ombilic. Le bord tran-

chant ou droit de la rate se trouve à gauche; c'est lui que l'on sentait au palper abdominal et sous lequel les doigts pouvaient s'engager. Le bord épais est situé en dehors, à droite, appliqué contre la fosse iliaque droite.

Il y a donc eu une culbute de la rate avec torsion de son pédicule, la face antérieure de l'organe n'ayant pas cessé d'être tournée en avant.

Le pédicule qui contient les vaisseaux spléniques montre bien cette torsion de trois quarts de cercle, qui s'est effectuée de gauche à droite. Il est gros comme le pouce; il se dirige naturellement vers la partie supérieure gauche de l'abdomen et paraît très tendu. On le lie en deux faisceaux avec du catgut et on le retient avec une pince tire-balle pour s'assurer qu'il ne saigne pas après sa section. Comme il n'y a pas de suintement, on l'abandonne à lui-même et il disparaît de suite dans l'angle supérieur de la plaie.

Avant la découverte et le traitement du pédicule, on avait eu à se débarrasser d'adhérences notables. D'abord avec le péritoine pariétal qui adhérait largement à la rate et assez intimement pour que, dans une grande étendue, la capsule splénique lui soit restée adhérente, la décortication se faisant entre le tissu de la rate et la capsule. L'épiploon, adhérent à la partie supérieure de la tumeur, est lié et coupé.

Deux anses d'intestin grêle adhèrent intimement à la rate : l'une à gauche, l'autre dans l'excavation pelvienne.

En outre, le cæcum et son appendice sont maintenus en dehors par quelques adhérences facilement détruites.

On peut donc dire que cette rate, à part quelques points très limités, était unie à tous les organes qui l'entouraient.

On enlève, avec la curette, les portions de capsule restées adhérentes au péritoine, et la cavité abdominale est lavée à l'eau salée à 6 0/0. Un gros drain en caoutchouc, plongeant dans le cul-de-sac recto-utérin est fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Le ventre est fermé par la suture à étages.

Après l'opération, la malade reste faible, d'une pâleur extrême, avec tendance à la syncope. Le pouls est petit et fréquent.

Le soir de l'opération, la température monte à 38° 9. Le lendemain et le surlendemain elle varie de 37° 6 à 38° 1.

Après quarante-huit heures, les pièces du pansement sont tachées par un liquide rose, on les renouvelle et on enlève le tube à drainage. Le ventre est plat, non douloureux.

La malade, très faible, agitée, ne pouvant rien prendre, succombe le 22 août au matin, trois jours après l'opération.

A l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, on trouve seulement une ou deux cuillerées de sérosité purulente enkystée aux environs du cæcum.

Des fausses membranes très épaisses entourent cette portion de l'intestin et les anses intestinales voisines. Nulle part ailleurs on ne trouve de péritonite. Le pédicule de la rate est retrouvé à la partie supérieure gauche de l'abdomen, tout près du grand cul-de-sac de l'estomac. Ainsi, l'on ne peut expliquer le déplacement de la rate par un excès de longueur de son pédicule.

Examen de la rate. — Poids : 615 grammes ; longueur : 18 centimètres ; largeur : 11 ; épaisseur : 7.

Son tiers inférieur, qui en réalité représentait le tiers supérieur de l'organe culbuté, offre à peu près son aspect normal, sauf un peu de congestion. Sa face est lisse. Les deux tiers supérieurs, au contraire, sont altérés. Le tissu splénique montre à la coupe un tissu plus compacte mais aussi peu friable, hépatisé en quelque sorte. La capsule de cette zone manque dans une grande étendue, car elle est restée adhérente au péritoine et aux organes voisins par suite de la péritonite suscitée par la torsion du pédicule, et sans doute aussi parce que les connexions entre la capsule et le tissu splénique avaient perdu une partie de leur résistance.

Chose singulière, il semblait y avoir une tendance à la nécrose et à

l'élimination de la portion de rate enflammée, car on voit fort bien, non seulement à la surface externe de l'organe, mais aussi sur la coupe longitudinale, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, une sorte de sillon qui tend à séparer la partie malade de celle qui était à peu près saine.

Observation III

(Par M. Henri Hartmann. Thèse de Lieffring, Paris 1894.)

Rate hypertrophiée mobile. Torsion du pédicule. Péritonite aiguë généralisée. Splénectomie. Guérison.

J. B..., dix-huit ans, entre le 8 avril 1893, à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, le professeur Terrier, pour des accidents de péritonite aiguë.

Ceux-ci avaient débuté brusquement le 26 mars, dans l'après-midi. Deux heures après son déjeuner, étant en train de se promener, elle fut prise de douleurs abdominales, dont elle ne peut nettement préciser le siège. Ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements et d'un état de malaise tel, qu'elle fut obligée d'entrer dans une pharmacie. Transportée chez elle, elle continua à vomir pendant les deux jours qui suivirent, 27 et 28 mars, et fut obligée pendant ce temps de garder le lit. Le 29 elle put se lever et travailler un peu. Elle était cependant souffrante, vomissait et éprouvait des douleurs abdominales chaque fois qu'elle prenait quelque aliment. Le ventre, qui avait commencé à se tuméfier dès le début des accidents, continuait à grossir. Le 2 et le 3 avril elle se purgea sur le conseil d'un médecin, puis resta sans aller à la selle jusqu'au 6 avril, où elle eut des garderobes spontanées. Les accidents, malgré l'atténuation momentanée

qui avait suivi la brusquerie du début, continuant et s'aggravant progressivement, elle se décide à entrer à l'hôpital. Les règles sont apparues à leur époque habituelle, cinq jours après le début des accidents et ont duré cinq jours comme à l'ordinaire. Depuis deux jours, la malade souffre en urinant, la douleur de la miction existant avant, pendant et après.

Dans les antécédents, nous relevons un point intéressant. Née à l'île de la Réunion, venue à trois ans dans l'île Maurice, elle y aurait eu les fièvres jusque vers l'âge de douze ans environ. Elle souffrait à cette époque de douleurs dans le côté gauche, et était, paraît-il, porteuse d'une grosse rate contre laquelle on fit de nombreuses applications locales de teinture d'iode, et un traitement par la quinine et les douches. Au moment de l'établissement de la menstruation, elle éprouva de nouveau de la gêne dans l'hypocondre gauche, et depuis cette époque, c'est-à-dire depuis l'âge de treize ans et demi environ, elle a toujours ressenti quelques petits symptômes de ce côté, de la gêne respiratoire et quelques palpitations, sans jamais avoir eu d'accès nouveau.

Au moment de son entrée à l'hôpital, nous notons les détails suivants : malade de dix-huit ans, bien constituée, mais extrêmement pâle. Yeux excavés ; pouls petit à 120 ; température normale.

Le ventre est ballonné ; la circonférence ombilicale mesure 83 centimètres ; de l'ombilic au pubis, 13 centimètres ; à l'appendice xyphoïde, 14 ; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 16 ; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 14 ; à part la région épigastrique, les hypocondres, le flanc gauche et la partie la plus postérieure de la fosse iliaque gauche, la percussion dénote partout de la matité. La tension des parois empêche toute palpation. Le ventre est, du reste, partout douloureux et les zones mates sont même le siège d'une douleur excessive à la moindre pression.

Le col est régulier, un peu entr'ouvert, admet la pulpe du doigt ; l'utérus est mobile, indolent ; on ne trouve rien dans les culs-de-sac.

Quelques vomissements bilieux avec un état nauséeux et des efforts de vomissements presque continuels.

En présence de ces accidents, notre maître, M. Terrier, nous engage à pratiquer dès le lendemain la laparotomie.

Le 9 avril, la malade étant anesthésiée par le docteur Bourbon à l'aide de l'administration successive du bromure d'éthyle et du chloroforme, nous pratiquons la laparotomie médiane avec l'aide des internes de service, MM. Morax et Baillet. Notre ami, le docteur Boiffin, de Nantes, assiste à l'opération. Avant d'inciser la paroi, nous percutons de nouveau l'abdomen, la matité a partiellement changé de place. La fosse iliaque droite, qui hier était mate, est aujourd'hui sonore ; par contre, la partie postérieure de la fosse iliaque gauche, sonore hier, est actuellement mate dans toute son étendue. Malgré l'anesthésie il est impossible de constater quoi que ce soit au palper du ventre, tant est grande la tension de ses parois.

Nous incisons la paroi abdominale immédiatement au-dessous de l'ombilic, puis agrandissons l'incision au-dessus, en contournant la moitié gauche de l'anneau. L'épiploon, rougeâtre, épaissi, adhérent, occupe toute l'étendue de notre incision. Il laisse voir par transparence une masse rouge brun sous-jacente, nous le décollons facilement avec le doigt, les adhérences étant molles et récentes. A ce moment s'écoulent 2 à 300 grammes de liquide citrin, un peu rougeâtre, mêlé de débris fibrineux. L'épiploon, pris dans une pince, est rabattu sur une compresse stérilisée. Nous nous trouvons alors devant une rate turgescente, énorme, déplacée, à grand axe oblique en bas et à droite, par sa face convexe devenue antérieure. Nous l'attirons au dehors, décollant de sa face profonde des anses d'intestin grêle rouges, tomenteuses, recouvertes et agglutinées par des exsudats fibrineux. Nous arrivons ainsi sur le pédicule de la rate, pédicule gros, du volume d'un cordon ombilical, deux fois tordu sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Nous le détordons, puis le lions avec un double fil de soie entre-croisé, faisant ensuite par-dessus tout un nœud de

sûreté. A la coupe du pédicule, nous voyons des vaisseaux thrombosés. Le grand épiploon altéré est de même réséqué au-dessous d'une ligature en chaîne de quatre fils. Pas de lavage. Suture totale de la paroi abdominale à trois étages.

La rate enlevée est un peu indurée, turgescente, sans infractus. Elle pèse 2,190 grammes. Le liquide recueilli dans le péritoine, examiné et cultivé par notre ami M. Morax, interne du service, ne contenait pas de micro-organismes (1).

Le 9 avril soir, 37° 3 : les douleurs ont disparu, la malade a eu pendant la journée quelques rejets des liquides qu'elle buvait.

Le 10, 37°; pouls, 116; 37° 4 le soir; depuis hier au soir, la malade rend des gaz par l'anus. Elle urine seule. Encore quelques vomissements alimentaires.

Le 11, 37° 4; pouls, 120; 37° 8; pouls, 140. Pas de ballonnement, pas de vomissements; toujours gaz par l'anus; état général bon.

Rien de particulier les jours suivants. La malade va bien et a spontanément une garde-robe le 14.

Le 18, la température monte à 38° le soir.

Le 19, après l'ablation des crins cutanés, la température monte le soir à 39°.

La guérison se fait toutefois sans fièvre nouvelle et sans incident.

Le 5 mai, la malade, considérée comme guérie, a, le soir, un petit accès rappelant les accès intermittents (petits frissons, chaleurs, sueurs; 38°8). Il en est de même le 10 au matin.

Le 16, elle quitte l'hôpital en parfaite santé. La cicatrice, régulière, souple, sans éventration, mesure 14 centimètres de long; elle remonte de 1 cent. 1/2 au-dessus de l'ombilic et s'arrête à 2 centimètres du pubis.

(1) Hartmann et Morax. Note sur la péritonite aiguë, généralisée, aseptique (*Annales de gynécologie*, Paris 1894, t. I, p. 193).

Examen du sang par le Dr Vaquez

23 avril :	hémochrom =	45;	hématies	1.420.000;	leucocytes	1 p. 125
6 mai	— =	72	—	2.150.000	—	1 p. 215
17 juin	— =	87	—	2.950.000	—	1 p. 175
12 mai 94	— =	110	—	4.200.000	—	1 p. 182

Le 23 avril, souffle jugulaire léger, à tonalité basse; souffle léger, systolique à la base.

Le 17 juin, augmentation des leucocytes, peut-être en rapport avec ce fait que la malade vient d'avoir un abcès tardif de la paroi abdominale.

Le 16 août, la malade est en parfaite santé, aucun trouble fonctionnel, pas d'épistaxis, pas d'hypertrophie ganglionnaire, pas de développement du corps thyroïde. Les premières règles, venues depuis l'opération, sont apparues le 9 juillet et ont duré trois jours au lieu de cinq ou six, qui étaient leur durée habituelle.

Les règles suivantes, 12 août, ont duré deux jours.

Poids avant l'opération : 52 kilos; après 46; aujourd'hui, 55 kil. 500.

Le 20, élimination spontanée d'un fil de la suture aponévrotique.

Fermeture immédiate de la fistulette.

13 février 1894. — Va toujours bien; très légère éventration. Poids: 59 kilos.

12 mai. — Poids : 59 kilos.

Observation IV

(Richelot. *Académie de médecine*, 13 juin 1893.)

Ectopie de la rate. Torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.

Le 24 janvier dernier, entrait dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, une femme de vingt-sept ans, portant une tumeur abdominale

douloureuse. Elle avait mené à bien deux grossesses, son dernier accouchement remontait à trois ans. Depuis cette époque, elle souffrait et passait dans son lit la moitié de son existence. Elle avait des symptômes de compression des organes pelviens, sans troubles fonctionnels de l'utérus.

On sentait, à la palpation, une tumeur hypogastrique paraissant grosse comme deux poings, arrondie, assez mobile, exactement située sur la ligne médiane.

Au toucher vaginal, le cul-de-sac de Douglas était rempli par une masse rénitente qui refoulait l'utérus en avant et que le doigt pouvait soulever sans la mobiliser complètement. Les mouvements communiqués à la tumeur par le palper bimanuel entraînaient l'utérus; toutefois, celui-ci paraissait jouir d'une certaine indépendance.

Je crus à un fibrome plus ou moins pédiculisé.

L'urgence de l'opération ne faisait aucun doute.

Croyant que j'allais extraire et pédiculiser facilement sur le fond de l'utérus un fibrome de moyen volume, je fis la laparotomie. J'écartai d'abord une masse épiploïque mollement adhérente à la tumeur sous-jacente, puis je vis apparaître une surface lie de vin, ardoisée, que je reconnus facilement. C'était la rate au moins triplée de volume, de telle façon que son extrémité supérieure touchait la fosse iliaque droite, sa face interne coiffait l'utérus et le collait au pubis, son bord postérieur occupait le cul-de-sac de Douglas, son bord antérieur était voisin de la symphyse pubienne, et sa face convexe regardait en haut.

En contournant l'organe avec le doigt pour l'extraire du petit bassin, je constatai qu'il adhérait partout, mais faiblement, à l'épiploon que j'avais déjà détaché en partie, au cul-de-sac de Douglas et à l'utérus dont je l'isolai facilement. J'eus quelque peine à le faire passer par la plaie abdominale, parce que je ne voulais pas déchirer son tissu friable avec des pinces à traction, je fus obligé d'agrandir un peu l'incision et d'énucléer la masse à pleine main. Alors, je touchai

du doigt les deux connexions les plus importantes; l'extrémité inférieure de la rate avait entraîné la queue du pancréas jusqu'au fond du petit bassin et son extrémité supérieure avait été chercher l'appendice iléo-cæcal dans la fosse iliaque droite et lui adhérait intimement.

Ce dernier rapport fut détruit peu à peu avec le doigt, sans trop de peine; l'appendice ne fut pas lésé. Après quoi, je procédai à la ligature du pédicule, formé par l'épiploon gastro-splénique allongé et par le tissu même du pancréas, qui furent saisis dans une pince longuette et liés en chaîne avec du catgut.

Je laissai le pédicule remonter dans le ventre, j'essuyai le péritoine avec quelques éponges et refermai l'incision comme à l'ordinaire.

Les suites de l'opération furent de la plus grande simplicité, si bien que la malade nous quittait au bout d'une quinzaine et que trois mois après je l'ai revue en parfaite santé.

Observation V

(Edw. Malins, *The Lancet*, 1894, p. 627.)

Rotation de la rate. Extirpation. Guérison.

Femme, trente ans, petite, maigre, entre le 31 décembre 1893, à l'hôpital général de Birminghan.

Mariée pendant dix ans elle a eu quatre enfants, pas de fausses couches; le dernier accouchement remonte à seize mois. Elle porte au front une cicatrice, suite d'abcès consécutif à une chute faite il y a huit ans, dit-elle.

Sur le tibia gauche, une cicatrice déprimée, irrégulière, qu'elle fait remonter à six ans, suite d'un ulcère.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Depuis quelques mois elle a remarqué dans le côté gauche, au-dessous des côtes, une tumeur mobile, indolente, augmentant rapidement. Elle s'étendait sur la ligne médiane et jusque vers le côté droit, s'enfonçant dans le bassin mais ne produisant aucune gêne.

Le 25 décembre, sans chute ni effort, elle fut prise d'une violente douleur dans l'abdomen, avec vomissements et prostration. Cet état se maintint avec peu ou pas d'amélioration jusqu'à son entrée à l'hôpital.

L'abdomen était tendu, douloureux à la palpation. Dans la partie inférieure gauche de l'abdomen était une tumeur dure, lisse, très sensible. On pouvait la délimiter vers l'ombilic en haut et à gauche, mais, à cause de la tension des parois abdominales, on ne pouvait en reconnaître les autres contours. En bas elle s'enfonçait dans le bassin, repoussant l'utérus en arrière.

Par le toucher, on sentait à gauche l'extrémité de la tumeur, mobile autant qu'on pouvait s'en assurer. A droite l'on percevait un bord. La température était de 100° (F); le pouls à 110.

Visage anxieux, langue sèche, pas d'albumine dans l'urine.

Le 2 janvier 1894, la laparotomie médiane est pratiquée et l'on reconnaît la rate hypertrophiée, de couleur pourpre, tendue et ayant subi une rotation d'un demi-tour sur son axe. Le pédicule était gros comme le pouce, les veines thrombosées et dures. En essayant de remettre l'organe en place, on pouvait craindre de briser le cordon qui tendait à reprendre sa torsion anormale.

Deux ligatures de soie forte furent placées sur le pédicule, sans transfixion et la rate extirpée. Des adhérences épiploïques furent liées et coupées. La cavité abdominale fut soigneusement vidée d'environ six onces de liquide séreux rouge.

Suture de la paroi, pansement antiseptique.

Le lendemain, température 98° 8, pouls 100.

Le quatrième jour la malade dit avoir eu une excellente nuit. Le sixième jour, température normale, pouls 82. Convalescence sans

incident. La malade quitte l'hôpital le 25 janvier se trouvant mieux que quand elle avait sa rate.

Examen de la rate. — Poids 2 livres 5, dure, noire, non altérée dans sa forme.

Torsion marquée des vaisseaux du pédicule qui étaient thrombosés et imperméables.

Examen du sang

4 janvier	G. R.	4.900.000	G. B.	10.000
17 janvier	—	4.600.000	—	15.000
30 mars	—	5.050.000	—	30.000
28 avril	—	4.840.000	—	30.000
23 mai	—	3.300.000	—	50.000

Observation VI (Résumée).

(Blanc Sutton, *British med. Journ.*, 1892. t. II, 1334.)

Rate mobile. Torsion du pédicule. Laparotomie. Reposition de la rate. Nouvelle torsion. Splénectomie. Guérison.

Femme de vingt-deux ans, mère d'un enfant, portant depuis un certain temps une tumeur du côté gauche du ventre.

En mars, crise violente de douleurs, vomissements, diarrhée. A son entrée à Middlesex hôpital, tumeur très mobile ; on hésite entre un kyste de l'épiploon et une rate mobile.

Le 21 mars, incision, rate mobile à pédicule tordu. On détord le pédicule, la rate reprend sa place. Les douleurs cessent, la malade quitte l'hôpital après six semaines, munie d'une ceinture.

Le 7 juillet, elle revient, la tumeur a réparu, la malade a été reprise

subitement de douleurs abdominales aiguës avec vomissements, diarrhée, hémorrhagie par le vagin.

Le 9 juillet, on trouve la rate dans la fosse iliaque droite, au-devant du cæcum ; le 10, elle est dans la fosse iliaque gauche au contact du ligament de Poupart ; le 12, elle est dans l'excavation, son extrémité inférieure en contact avec l'utérus.

Le 12 juillet, splénectomie. Le pédicule fait trois tours complets, ses veines sont gonflées : son volume est celui d'un énorme cordon ombilical. Ligature entrecroisée, ligature de sûreté en masse. Guérison.

La rate pesait 16 onces, tissu normal.

En mai 1894, la malade est revue. Elle est en parfaite santé. G. R. 5.540.000, G. B. 2 0/000. Hémoglobine 70 0/0.

Observation VII (Résumée).

(Glascow. *Trans. of Amer. assoc. of obst. and gyn.* Philad. 1891, VIII, 238.)

Rate mobile. Laparotomie. Reposition. Insuccès. Splénopexie impossible. Splénectomie. Guérison.

Femme, vingt-trois ans, bonne santé antérieure. En décembre perd l'appétit, douleur scapulaire droite ; une semaine après, névralgies. Etat nerveux prononcé, jambes tremblant quand elle est debout ; dyspnée, anorexie.

Le 22 avril, examen après éthérisation : dans le bassin, masse refoulant l'utérus à droite et en avant ; irrégulièrement lobulée, dure comme un fibrome, sans connexion avec l'utérus dont elle est séparée par un espace appréciable, mais il semble que les deux soient reliés

au ligament large. Volume d'une grosse orange ne pouvant être refoulée hors du bassin.

Diagnostic. — Fibrome de l'ovaire.

Le 22 mai, après échec du traitement électrique, laparotomie. On trouve la rate enclavée dans l'excavation. On la dégage péniblement, on la remet en place espérant qu'une inflammation consécutive à l'opération va contribuer à la fixer.

Le 3 juin, la malade dit que depuis la veille elle ressent les mêmes symptômes qu'autrefois.

On constate que la rate est retombée dans l'excavation, la position genu-pectorale la dégage, mais les jours suivants elle retombe ; aussi se résout-on à la fixer à la paroi abdominale et à déterminer, par un tamponnement iodoformé, la production d'une cicatrice épaisse et solide. Dans ce but, on fait à un pouce du rebord costal une incision longue de 3 pouces et l'on amène la rate dans la plaie. Le pédicule est tordu une fois ; soutenant la rate avec une lanière de gaze, on renonce après examen à la fixer, la friabilité de sa capsule semblant s'y opposer. Splénectomie après ligature du pédicule en six nœuds. Réduction du pédicule cautérisé. Guérison.

La rate était triplée de volume.

Quatre mois après la malade continue à aller très bien.

Observation VIII

W. G. Conklin (*Med. Rec.*, 1894, p. 103).

Ectopie de la rate. Torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.

Mme A..., vingt-neuf ans, mariée, secondipare, entre à l'hôpital Sainte-Elisabeth le 29 mai 1893. Famille saine.

Menstruation normale, santé générale peu troublée.

Sa jeunesse s'est passée dans un district du sud Illinois où règne la malaria. Depuis son mariage elle est venue à Ohio. Elle était sujette aux frissons et accès de fièvre et a presque toujours eu dans le côté une tumeur malarienne.

Pendant quelques mois elle n'a pas eu de malaria et, sauf une fièvre typhoïde, elle n'a pas été sérieusement malade.

Les symptômes graves qui la gênent dans ses occupations domestiques se sont montrés pour la première fois il y a deux ans. Elle éprouva des douleurs abdominales et pelviennes et quelques mois plus tard on découvrit une tumeur dans le bas-ventre. A l'examen on reconnut que cette tumeur était solide, très mobile, sensible au toucher, située dans la fosse iliaque gauche, plongeant dans le bassin, sans connexions avec l'utérus qui était de volume normal mais en rétroflexion. Petit kyste de l'ovaire droit.

Le docteur Jewett, dans le service duquel elle entra, fit une laparotomie le 10 juin 1893. La tumeur solide était une rate presque triplée de volume, libre d'adhérences et fut facilement remise en place. L'ovaire droit contenait un kyste gros comme une petite orange, il fut enlevé. Ovaire gauche normal. L'abdomen fut fermé sans drainage. Convalescence sans incident. Elle fut bientôt renvoyée chez elle avec recommandation expresse de porter toujours une ceinture abdominale très serrée, dans l'espoir de maintenir la rate en place.

Elle rentre à l'hôpital pendant mon service, le 23 septembre 1893. Peu après son retour chez elle, elle avait commencé à souffrir de symptômes pelviens et pendant deux mois elle eut des douleurs abdominales à paroxysmes qui la forçaient à s'aliter; son abdomen s'était très développé.

Il y a six jours, faisant sa lessive, elle fut prise d'une douleur angoissante et subite de l'abdomen qui ne se calma que par la morphine. Le matin suivant, vomissements bilieux et abondants qui se reproduisent souvent depuis. Malgré un traitement énergique, pas de selles depuis plus d'une semaine. Température normale.

A l'examen, ventre tympanique, douloureux à la pression; tumeur solide, immobile, remplissant le côté gauche, du bassin jusqu'aux côtes et dépassant beaucoup la ligne médiane. Le toucher vaginal permet d'atteindre la tumeur.

La première opération simplifiait le diagnostic et permettait d'assurer que la tumeur était la rate enflammée et hypertrophiée. Les symptômes aigus étaient attribués à une occlusion intestinale due à la pression de la rate ou à des adhérences avec le pédicule de l'ovaire enlevé.

L'état devint de plus en plus grave pendant quarante-huit jours, puis la constipation céda au traitement, les vomissement cessèrent, l'état général s'améliora.

Le répit fut de courte durée.

La sensibilité abdominale, les douleurs, les vomissements reparurent accompagnés de fièvre. La température varie de 99° à 101° (F) pendant dix jours; elle était à 100° le matin de l'opération. Une péritonite s'était certainement déclarée, et, de l'avis de tous les médecins de l'hôpital, la splénectomie était la seule chance de salut.

Je la pratiquai le 6 octobre, assisté par les docteurs Jewet et Humphreys; l'anesthésie était faite par le docteur Reewe junior.

Incision de 7 pouces 1/2 le long du droit gauche. En explorant la rate, contrairement aux prévisions basées sur l'opération précédente, on la trouve adhérente à la paroi abdominale, à l'épiploon et à l'intestin. Les adhérences intestinales en particulier étaient dures et vastes, étendues aux faces supérieure et inférieure. Leur séparation fut longue, et, malgré de grandes précautions, la capsule resta adhérente en plusieurs points. Le péritoine montrait des signes certains d'inflammation active.

Le pédicule était tordu trois fois et, avec ses vaisseaux tortueux et engorgés, ressemblait à un immense cordon ombilical. Il fut transfixé et lié avec de forte soie tressée suivant la méthode de Staffordshire et pour plus de sûreté, entouré d'une autre ligature. Le fil fut coupé et

le pédicule abandonné. Un drain en verre fut placé et l'abdomen fermé rapidement à cause de l'état de la malade.

L'hémorrhagie fut légère et facilement arrêtée. Le shock cependant fut profond et tout à fait hors de proportion avec la quantité de sang perdu au cours de l'opération. Les injections d'eau-de-vie et de strychnine furent largement employées.

A part le shock qui fit craindre une issue fatale pendant quelques heures, et la température qui pendant douze jours varia de 99° à 100° comme avant l'opération, il n'y eut rien de particulier pendant la convalescence.

Aucune explication de la courbe de température ne put être trouvée dans l'état du ventre et rien ne l'aurait fait soupçonner sans le thermomètre.

Examen de la rate vidée de son sang.

Poids : 4 livres 1/4. Longueur : 10 pouces. Largeur : 5 pouces 1/2.

Elle était plus dure et plus noire que normalement.

Epaississement du tissu trabéculaire et inter-cellulaire; pigmentation de la paroi des vaisseaux.

Hyperplasie chronique, probablement paludéenne.

Aujourd'hui, sept mois après l'opération, M^me^ A... a engraissé et dit qu'elle est très bien. Elle n'éprouve que de l'assoupissement continuel. Ses vêtements lui paraissent lourds.

Par un oubli regrettable, l'examen du sang n'a été fait ni avant ni sitôt après l'opération. Aujourd'hui le rapport des globules rouges aux blancs est normal.

Observation IX (Résumée).

Albert (*Verhandl. d. Ges. f. chir.*, 1885, t. XIV, p. 63).

Rate mobile. Torsion du pédicule. Réaction péritonitique. Splénectomie. Guérison.

Femme, trente-quatre ans, entrée dans la Clinique d'Albert le 18 février, dans un état d'anémie très prononcé. Pendant sa jeunesse,

fièvres intermittentes. A vingt-trois ans, grossesse à terme; depuis cette époque, les règles sont irrégulières. Elles sont venues pour la dernière fois le 1er février, extrêmement abondantes.

Cette malade raconte que depuis un an elle porte dans l'hypocondre gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse pendant la marche et la station debout. Une pression exercée à ce niveau aurait déterminé des nausées et des vomissements de matières noires. Pendant un an, cette tumeur ne subit aucune modification. Le 15 février, après avoir dansé de huit heures à une heure du matin, sans être lacée ni corsetée, elle fut prise de nausées et, rentrée chez elle, se mit à avoir des vomissements noirs. Elle remarque à ce moment que la tumeur est située plus bas et plus à droite qu'auparavant. L'abdomen se tuméfie et devient douloureux.

A l'entrée à l'hôpital, malade très pâle, anémiée, 160.000 globules rouges et 26.000 leucocytes par millimètre cube; douleurs abdominales, nausées et vomissements continuels.

T. = 38°9. Le ventre est tuméfié ; au palper on trouve une tumeur abdominale occupant l'hypocondre droit, l'épigastre, descendant jusqu'au voisinage du pubis gauche, obliquement dirigée par conséquent en bas et à gauche. Cette tumeur est un peu douloureuse, mate, un peu mobilisable mais douloureusement, immobile pendant les mouvements respiratoires.

Elle est lisse et séparée de la paroi antérieure par une mince couche de liquide.

8 mars, incision médiane de l'ombilic au pubis. Après écoulement d'un litre et demi de liquide ascitique, on voit la tumeur, de couleur bleu violacé, présentant à sa surface quelques caillots sanguins et sur ses bords quelques minces adhérences qui la relient à la paroi. En arrière, quelques adhérences analogues avec l'intestin et l'épiploon. Il est facile de voir qu'il s'agit d'une rate hypertrophiée et ectopiée. Une deuxième incision perpendiculaire à la première est dirigée transversalement de l'ombilic vers la droite. Le pédicule, qui a le

volume de deux doigts, s'insère sur le milieu de la face postérieure de la tumeur. Il est enserré en deux points, au niveau du hile et 6 centimètres plus loin, par des bandes conjonctives formées par le bord droit de l'épiploon et par la queue du pancréas que fixent des fausses membranes.

Ce pédicule est détordu de 180° par un mouvement de rotation de droite à gauche et de bas en haut. Il est sectionné entre deux ligatures en masse. Toilette du péritoine, suture. Guérison.

La rate enlevée pesait 2,700 grammes, elle avait 21 centimètres de long, sur 17 centimètres de large. Son parenchyme était noirâtre et le microscope montra qu'il s'agissait d'un infractus splénique.

Trois semaines après l'opération :

G. R. = 3.660.000
G. B. = 12.000

Observation X (Résumée).

(Prochownitck. *Deutsch. med. Woch.*, 1885, p. 479)

Rate mobile. Torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.

Femme, quarante et un ans, vient consulter pour des pertes rouges continuelles. Quinze accouchements et quatre avortements, le dernier le 20 novembre 1884. Déjà longtemps avant la dernière grossesse, la malade éprouvait de la lourdeur dans le ventre et une tension douloureuse à la base du thorax ; parfois même les douleurs étaient telles qu'elles amenaient de la boiterie tantôt à droite, tantôt à gauche.

Dilatation, curettage et lavage de l'utérus. Pendant l'anesthésie, on constate la présence d'une tumeur, indépendante de l'utérus, mobile et peu sensible. Sa forme, l'absence de matité splénique, la présence

des reins dans leur situation normale font penser à une rate mobile.

Pendant plusieurs semaines, on essaie de calmer les douleurs et de faire cesser les troubles de la marche. Ceux-ci se montrent soit dans le membre droit, soit dans le membre gauche, suivant que la rate se déplace de l'un ou de l'autre côté, spontanément ou parce qu'on l'y refoule. Tous les bandages, pelotes ou pessaires ne provoquent aucun soulagement.

Laparotomie. — La rate hypertrophiée mesure 21 centimètres sur 15 ; son pédicule, très large et assez long, est tordu sur son axe d'un demi-tour. On la dégage de la partie droite de l'excavation. Après détorsion, son pédicule se raccourcit fortement et diminue de moitié par suite de son élasticité. Une première ligature en masse est placée, puis chacun des vaisseaux est lié séparément. Réduction du pédicule. Guérison.

La malade reprend des forces, des couleurs, rajeunit au point qu'elle est méconnaissable, sa démarche est facile et elle n'éprouve plus la moindre pesanteur.

Observation XI

(Lawrason, New-Orléans. *Med. and. surg. journ.*, 1888-89, t. XVI, p. 351.)

Rate mobile. Pédicule tordu. Ablation. Guérison..

Femme de trente et un ans, mariée depuis dix ans, ayant eu six enfants dont le plus jeune a trois ans. Jamais de fausse couche, bonne santé habituelle, sauf des métrorrhagies, une il y a six ans, plusieurs autres dix mois plus tard.

Il y a quatre ans, habitant un pays paludique, elle commença à souffrir de fièvres chaque année.

Il y a deux ans, époque à laquelle son médecin lui dit qu'elle avait

une tumeur paludique, elle commença à souffrir de fortes douleurs dans le dos, les côtés et le bassin. Ces douleurs, imputées à l'utérus, étaient périodiques et lancinantes, La santé générale s'altéra rapidement, les règles devinrent abondantes et douloureuses ; l'appétit disparut, il survint de la céphalalgie avec nausées et insomnie.

A son entrée, le 12 mars 1888, la malade, qui avait la mine d'une personne atteinte de cachexie palustre, se plaignait de douleurs pelviennes, surtout marquées dans le côté gauche. Les règles étaient régulières, mais abondantes, et d'une durée de six à huit jours, précédées et accompagnées de douleurs. La station debout et la marche étaient pénibles. Plusieurs médecins firent à ce moment le diagnostic de fibrome utérin.

Je trouvai un utérus très augmenté, en rétroversion ; le col, hypertrophié, était décliné et dur. L'utérus avait à peu près le volume d'une tête d'enfant, remontait jusqu'à l'ombilic, était dur, sensible et parfaitement mobile. Sa cavité mesurait 4 pouces.

Je confirmai le diagnostic fibrome et l'on eut recours à l'électricité, appliquant un pôle dans l'utérus et faisant des séances de huit minutes avec un courant de 75 milliampères. A chaque séance, la malade accusait des douleurs pelviennes intenses et était obligée de garder le lit pendant quelques heures.

Au bout de cinq semaines de ce traitement, l'utérus avait considérablement diminué de volume et la menstruation était redevenue normale.

Le 13 mai, à la suite d'une course dans la salle, la malade fut prise d'une douleur lancinante et intolérable dans le côté gauche, douleur qu'on ne put calmer que par l'alitement et la morphine.

Le 14, je trouvai à gauche de la ligne blanche, une tumeur ayant l'aspect d'une rate hypertrophiée, complètement distincte de l'utérus, très mobile, pouvant se réduire au-dessous des côtes gauches. On cesse le traitement électrique et l'on donne, à cause de la périodicité des douleurs, de la quinine à haute dose.

Un mois plus tard, le 15 juin, les douleurs étant plus continues, on fait deux fois par jour dans la rate des injections de strychnine et de codéïne. Aucune amélioration.

Le 2 août, laparotomie : incision de 7 pouces dont un au-dessus de l'ombilic. La rate apparaît immédiatement ; son pédicule, long de 8 pouces, est tordu. Par suite de ce fait la circulation en retour est interrompue et les veines énormes atteignent la grosseur de l'intestin. Section du pédicule entre deux ligatures, puis ligature séparée de chaque veine et de chaque artère.

Guérison.

La rate enlevée pesait 54 onces 1/4 ; elle avait 12 pouces 1/2 de long, 7 de large, 4 d'épaisseur. Une fois dégagée du sang qu'elle contenait, elle avait son volume normal et présentait au microscope une structure également normale.

Observation XII (Résumée).

(Dr Gersuny, *Wiener mediz. Presse*, 1888, p. 52.)

Ueber die indicationen zur Laparotomie Wegen acuter Processe.

Il y a deux ans, une étrangère de trente-sept ans vint me trouver pour se faire opérer d'un kyste de l'ovaire. Elle était pâle et de mauvais aspect et racontait qu'après un seul accouchement, il y a quatre ans, elle avait remarqué une tumeur dure qui, à droite, se trouvait à la hauteur de l'entrée du bassin et paraissait en sortir. Depuis deux ans le ventre s'est développé, la tumeur a augmenté, change de place, est douloureuse. La malade a de la fièvre, de la dyspnée, dépérit. D'après les anamnestiques, je crus à une tumeur ovarienne pour laquelle cependant il n'y avait pas de certitude ; une indisposition

personnelle me fit retarder l'opération de quelques jours, la malade eut alors de la fièvre et de violentes douleurs.

Pendant l'intervention, après écoulement de six litres environ de liquide ascitique, je reconnus qu'il s'agissait d'une rate hypertrophiée que j'enlevai.

Le pédicule, long, avait fait deux tours de spire et contenait de très grosses veines. La rate pesait 2,508 grammes et présentait des foyers nécrotiques.

Mort au bout d'un mois par péritonite préexistante.

Observation XIII (Résumée).

(*Brit. med. journ.*, supplément du 4 août 1890, p. 2).

A case of splenectomy (Opérateur Penrose).

Femme de cinquante ans. Elle a souffert pendant un an d'un sentiment de tiraillement fatigant, pénible, dans le côté gauche ; après un bon repas, elle eut des douleurs abdominales, avec vomissements et diarrhée. Une tumeur fut découverte dans le flanc gauche, occupant la majeure partie du pelvis.

Opération au bout de quarante-huit heures, par le docteur Penrose, qui trouva que la tumeur était une rate déplacée, dont le pédicule était tordu, ce qui avait causé la rupture de l'organe. Extirpation de la rate. Mort le lendemain.

La rate avait quatre fois son volume normal ; elle était plutôt molle et se trouvait déchirée au niveau du hile ; le pédicule était en bon état. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

DEUXIÈME PARTIE

Cas reconnus à l'autopsie.

Observation I

(MM. Coomans et de Cnaep. *Annales des Sociétés d'Anvers*, 1869, p. 364.)

Déplacement de la rate.

A. S..., ménagère, âgée de quarante ans, célibataire. A souffert souvent de la fièvre intermittente. Depuis plusieurs années, elle aurait une hernie inguinale droite ; mais les renseignements qu'elle fournit sont vagues, souvent contradictoires et ne méritent guère de confiance.

Les selles ayant été depuis quelques jours rares et difficiles, elle ressent, le 15 mars 1869, une douleur fort vive, avec élancements dans la région de l'aine droite ; bientôt surviennent des nausées et des vomissements très liquides, jaunâtres, à odeur stercorale. Un médecin fait le taxis sur la prétendue hernie, et, au dire de la malade, réussit à la faire rentrer. Le lendemain, 16 mars, la malade est envoyée à l'hôpital. Une heure avant son arrivée, elle a encore eu un vomissement stercoral.

Voici son état lors de son entrée : les traits sont décomposés, la bouche est sale et exhale une odeur fétide. Le pouls est faible et intermittent, tout le corps est froid. Elle a le sentiment d'une faiblesse extrême et accuse une douleur vive dans la fosse iliaque. L'anneau

inguinal dilaté est libre. Au niveau de la fosse iliaque droite, on constate une tumeur dure, bien circonscrite, grosse comme le poing, si peu fixe qu'elle se meut avec la masse intestinale. La pression sur la tumeur n'augmente pas la douleur.

A l'aine, on découvre une petite tumeur élastique, peu mobile, et qui passe pour un ganglion engorgé. Le ventre est ballonné ; on voit se dessiner le contour des intestins; il y a de la douleur à la pression. On administre des boissons abondantes, onctions mercurielles belladonées, cataplasmes sur le ventre.

Le 17, la malade présente les mêmes symptômes, on continue le traitement précédemment indiqué, on fait en outre appliquer des sangsues sur la tumeur, calomel à l'intérieur, potions huileuses, lavements émollients et lavements d'infusion de tabac. La constipation se maintient opiniâtre.

Du 18 au 22, les vomissements fétides persistent. Fièvre modérée le matin avec exacerbations dans la soirée. La tumeur iliaque persiste sans changer de caractère.

Le 22, on y applique un cautère au caustique de Vienne. L'exploration du fond du cautère ne fait rien découvrir qui puisse éclairer le diagnostic.

Du 23 au 30 mars, la malade n'ayant pas eu de selle, malgré l'admistration réitérée d'agents purgatifs, et continuant à présenter des vomissements stercoraux, s'affaiblit considérablement; la fièvre hectique achève de l'épuiser. La tumeur reste la même et, malgré bien des efforts, on ne parvient ni à reconnaître sa nature, ni à fixer son siège. La malade succombe le 4 avril.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on constate des adhérences celluleuses lâches, unissant l'épiploon et les intestins entre eux. Dans beaucoup d'endroits, et surtout dans le voisinage du cæcum, des flocons de pus crémeux et épaissi sont déposés sur l'enveloppe séreuse. Dans la fosse iliaque droite, au niveau de la tumeur qui proéminait à l'extérieur, on remarque un corps arrondi, du volume

d'environ deux poings réunis, à surface lisse, d'aspect glandulaire, recouvert d'une enveloppe fibreuse. Des adhérences pseudo-membraneuses fixent le corps à la paroi abdominale en avant et dans tout le reste de son pourtour aux intestins qui l'avoisinent. Les attaches sont assez fortes, surtout à la face postérieure. L'incision fait apparaître le contenu, dans lequel on reconnaît la boue de la rate, un peu plus molle qu'à l'état normal, et d'une coloration plus foncée, brune noirâtre. La forme aussi fait reconnaître l'organe. Mais son volume est au moins double de celui d'une rate ordinaire, ce qui trouve son explication dans les atteintes antérieures de fièvre intermittente et peut-être aussi dans la compression que subissent les veines spléniques.

Celles-ci sont réunies avec l'artère, dans un cordon assez épais, se dirigeant entre les anses intestinales vers l'hypocondre gauche. Détachant la tumeur de la paroi abdominale, on constate, sur la face antérieure, au niveau de l'orifice formé par le cautère, une ouverture dans l'enveloppe de l'organe, à travers de laquelle apparaît le contenu de celui-ci.

Du hile part le cordon déjà mentionné, contenant les vaisseaux spléniques que l'on peut poursuivre jusque dans l'hypocondre gauche, où leurs troncs prennent leur origine normale. Ce cordon, de l'épaisseur du petit doigt, est plutôt relâché que tendu, il est contourné plusieurs fois sur lui-même.

Cette faible tension et la forte épaisseur du cordon prouvent que si la rate n'a pas toujours occupé l'endroit où on la trouve, le déplacement du moins dure depuis longtemps. L'estomac et presque tout l'intestin grêle jusque près du cæcum contiennent une quantité considérable de liquide jaune, trouble, très fétide. L'intestin grêle est énormément distendu jusqu'à une distance assez rapprochée de son embouchure avec le gros intestin, il atteint un volume bien supérieur à ce dernier. En plusieurs endroits, il présente une coloration noirâtre, grise ardoisée, surtout vers la portion terminale où il passe derrière

la rate. Ayant déplacé la rate avant l'examen du tube intestinal, nous n'avons plus pu constater si, par son enclavement dans le flanc droit, elle n'a pas exercé sur l'intestin passant derrière elle une compression assez forte pour empêcher le passage des matières ; toujours est-il que c'est à l'endroit correspondant que se termine cette forte dilatation et que se remarquent surtout ces adhérences du tissu cellulaire noirâtre.

Le gros intestin a conservé son volume normal. Le cæcum renferme encore quelques matières fécales assez consistantes contrastant fort avec le contenu très liquide de l'intestin grêle. L'anneau inguinal postérieur ne présente rien de particulier, on n'y découvre pas de traces d'une hernie qui aurait préexisté.

Observation II (Résumée).

(King, *Med. Rec.*, New-York 1876, t. XI, p. 347)

Rate énorme mobile. Torsion du pédicule. Mort. Pas d'intervention.

Femme de trente et un ans, habitant un quartier paludéen de New-York. Il y a dix ans, elle a souffert de fièvres palustres avec anasarque et ascite, d'une durée de neuf mois. Plusieurs grossesses normales, deux enfants morts avec grosse rate quelques mois après la naissance. Il y a deux ans, douleurs vives dans la région splénique où elle constate une tumeur grosse comme une tasse à thé. On pense à une affection de la rate.

Cette tumeur se développe en bas et à droite, affectant une forme variable, tantôt ronde, tantôt ellipsoïde, tombant vers la droite lorsqu'elle se tourne de ce côté. On la traite à Chicago pour une tumeur utérine. Au moment des règles, la tumeur augmente de volume pour diminuer après. Depuis trois mois, elle s'affaiblit, souffre de douleurs dans l'hypocondre droit, tant, qu'elle est obligée de garder le lit.

Le 24 septembre 1875, elle entre à l'hôpital du Mont-Sinaï. Elle a à ce moment des selles sanguinolentes (c'est une hémorrhoïdaire), de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, des sueurs nocturnes et de la fièvre. De temps à autre des épistaxis. On pense à un lymphadénome de l'épiploon.

La tumeur a le volume d'un utérus à terme; elle est dure, élastique, mate, mobile, présente au milieu de son bord supérieur une encoche profonde et en bas une forme arrondie. L'utérus est mobile, indépendant de la tumeur.

Les membres inférieurs sont œdématiés. Pas de cylindres urinaires, un peu d'albumine. Les avis sont partagés entre adéno-sarcome de l'ovaire gauche et rate hypertrophiée.

Le 3 décembre, nouvelle consultation. La tumeur a la forme d'un croissant à concavité en haut et à gauche, à convexité en bas et à droite. Son bord inférieur présente deux incisures qui rappellent celles du foie. Pas de matité splénique dans l'hypocondre. Pas de leucocythémie.

Le 18, la malade est très affaiblie, elle meurt le 27.

A l'autopsie, rate énorme, tordue, le hile est en haut et à gauche. La surface de l'organe est lisse, sa consistance solide, son poids environ de 12 livres. Le foie est granuleux. Il y a dans l'abdomen un peu de liquide ascitique.

Observation III (Résumée).

(W. Korte. *Berlin. klin. Woch.*, 1893, p. 902)

Présentation d'une pièce de rate ectopiée à la « Réunion libre des chirurgiens de Berlin », séance du 13 mars 1892.

Je vous présente une pièce d'autopsie, une rate mobile dont le pédicule s'est tordu et a occasionné un Iléus en comprimant sous lui une anse intestinale.

Voici brièvement l'histoire clinique de ce cas.

Femme de trente-deux ans, portant depuis quelques années une tumeur flottante dans la partie gauche de l'abdomen.

Traitée pour une rétroflexion utérine. La tumeur est considérée comme un rein mobile gauche.

Tombe malade le 22 février 1892 à la suite d'un nouvel examen et de l'application d'un pessaire.

Douleurs insupportables nécessitant de fortes doses de morphine.

Du 25 au 26, la tumeur augmente de volume,

Le 27 je vois la malade. Elle est pâle, pouls rapide, ventre ballonné; impression d'hémorrhagie interne.

Dans le côté gauche, tumeur s'étendant sous la ligne médiane jusqu'à la ligne blanche, en dehors jusqu'à la ligne axillaire, en bas jusqu'à l'entrée du bassin, en haut jusqu'au rebord costal. Très sensible, dure, sans fluctuation. Derrière la tumeur, vers les lombes, sonorité intestinale. Ponction exploratrice donne du sang. Je pensai qu'il s'agissait peut-être d'un kyste du mésentère ou de l'épiploon, dans lequel se serait faite une hémorrhagie.

Le 5 mars, éructations et symptômes péritonitiques. Lavages intestinaux, canule élevée dans le rectum, évacuation de gaz et de matières, soulagement passager.

Les intestins se ballonnent d'une façon considérable et la malade mourut le 8 mars de péritonite et de collapsus.

Autopsie. — Péritonite manifeste avec exsudat putride en abondance. La tumeur qui avait un peu diminué par le traitement était la rate. Elle s'était tordue de deux tours et demi. Les vaisseaux du pédicule sont durs au toucher.

A la coupe, tous les vaisseaux du pédicule sont thrombosés. La rate était fixée par des adhérences solides situées en haut, en bas et à droite. Au-dessous de l'extrémité supérieure de la rate, entre les adhérences et le pédicule, se trouvait une anse intestinale fortement étranglée présentant déjà un point de gangrène au niveau du sillon de compression.

Observation IV

(Cas de Rokitanski. *In küchenmeister Ueber Wandermilz Ztschr f. med. chir. und Geburtshilfe,* Leipzig 1864, p. 323.)

Femme trente-quatre ans, enceinte. Sur l'os iliaque droit, reliée par un pédicule tordu, se trouvait la rate, présentant son hile en haut et en dehors. Elle avait 6 centimètres de long, 8 centimètres de large.

Adhérences en haut à l'épiploon, en bas au ligament large au-dessus de la trompe, au péritoine. Le pédicule s'étendait de l'hypocondre gauche obliquement à la région iliaque droite. L'artère splénique par torsion et tiraillement était de calibre très restreint, par place impénétrable. Les veines étaient oblitérées sur une étendue de 4 centimètres.

Observation V

(In *Kuchenmeister,* p. 420)

Cas de Rokitansky.

Femme, soixante-neuf ans, marastique, folle. La rate logeait à gauche à l'entrée du bassin, adhérente par des fausses membranes à l'S romanum. Elle pendait au ligament gastro-liénal, plusieurs fois tordue sur elle-même.

Artère splénique tordue, à paroi mince, en partie oblitérée, *idem* les veines.

Observation VI

(*Gaz. méd. ital.-lomb. Milano* 1848, p. 151-153.)

Cas de Zucchi.

Autopsie médico-légale. Rate tombée dans la région iliaque gauche. Convexité en bas, concavité en haut en direction oblique à l'axe du corps.

Reliée à son siège antérieur par un cordon tourné en spirale, formant un pédicule composé de l'épiploon atrophié et de la partie gauche du pancréas.

Observation VII

Allgem Wien. méd Zeitung 1879, t. XXII, p. 347. (In *Deutsche Chirurgie*, n° 45, 1890, Ledderhose)

Cas de Babesiu.

La rate se trouvait pour la plus grande partie dans la région inguinale gauche et s'étendait du côté droit jusqu'au petit bassin. Adhérente de tous côtés.

Ligament gastro-splénique tordu trois fois; l'artère et les veines se trouvaient en partie oblitérées. Entre le ligament gastro-splénique tendu et la colonne vertébrale anse d'intestin étranglée. Péritonite.

Observation VIII

(*Wiener Woch.*, 37, 1856.)

Cas de Helm et Kolb.

Femme, vingt et un ans, fièvres intermittentes il y a deux ans. Maladive depuis, elle présente des crises abdominales douloureuses durant deux ou trois jours, cédant aux calmants.

Le 7 mars, douleurs très violentes à gauche, vomissements, fièvre, entrée à l'hôpital. Dyspnée, ventre assez développé. Entre les côtes et la fosse iliaque, tumeur dure, sensible, grosse comme une tête d'enfant, fortement appliquée à la paroi abdominale.

Vomissements persistants. Region splénique sonore. Mort le soir dans d'atroces souffrances.

Autopsie. — Abdomen rempli de gaz et de 18 litres de sérosité épaisse, chocolat. Rate quadruplée, ardoisée, faisant deux tours sur

son axe. Le pancréas enroulé en spirale sur le pédicule splénique. Les veines sont gorgées.

Observation IX

(*Oesterr Zeitsche für prakt Heilk.* IX. 52.1863.)

Cas de Quiquerez.

Femme de quarante-trois ans, morte de néphrite. A l'autopsie on trouve une rate de 1 livre 1/2, longue de 8 centimètres, large de 8 centimètres, épaisse de 8 centimètres.

Ligament gastro-splénique long de 6 centimètres, tordu (ainsi que les artères) plusieurs fois sur son axe.

Nombreuses adhérences.

Observation X

(Klein. *Münch méd. Woch.*, 29 octobre 1889 n° 44, p. 751.)

Rate mobile. Autopsie.

F..., soixante-trois ans, morte d'affection pulmonaire aiguë.

La portion pylorique de l'estomac se trouve au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, un peu à droite de la ligne médiane, de la tête du pancréas et du bord inférieur de la grande courbure; part vers le petit bassin un cordon du volume du pouce tordu une fois sur son axe vers la gauche. Ce cordon va au hile de la rate dont la convexité inférieure répond à l'espace utéro-vésical. Pas d'adhérence de la rate aux organes du bassin. L'estomac et le côlon transverse sont de même abaissés. La rate déplacée pesait 340 grammes.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Tels sont les vingt-trois cas que nous avons recueillis; de leur étude nous allons déduire le traitement, mais nous ne tiendrons pas compte des Observations IV, V, VI, VII, IX et X de la deuxième partie dans lesquelles il n'est pas dit que la mort ait été causée par la torsion du pédicule splénique.

Il nous reste donc dix-sept cas dont treize opérés. Les treize opérés nous donnent trois morts alors que les quatre non opérés donnent quatre morts.

Il nous semble donc légitime de conclure que le seul traitement de cette affection est le traitement chirurgical.

On a tenté quelquefois la simple remise en place de l'organe (Obs. VI, VII, VIII), mais ce moyen n'a pas été couronné de succès.

Quelques auteurs ont proposé de substituer la splénopexie à la splénectomie; nous croyons avec M. Hartmann (1)

(1) 9me Congrès de Chirurgie de Paris, 1895, p. 504.

« qu'elle doit être réservée aux cas de rates peu ou pas augmentées de volume, mobiles, non contenues par un bandage. »

Cette opération ne serait du reste pas praticable avec des rates friables et vasculaires comme elles le sont dans la pluralité des cas.

Le manuel opératoire diffère légèrement suivant les chirurgiens. Les uns font la laparotomie latérale, d'autres pratiquent deux incisions, l'une verticale, l'autre transversale. D'autres enfin ont recours à la laparotomie médiane, c'est, croyons-nous, la meilleure méthode, celle du reste employée par presque tous les chirurgiens français.

CONCLUSIONS

1° La torsion du pédicule dans l'ectopie splénique est relativement fréquente ; environ 20 0/0, d'après Lieffring ;

2° C'est un accident grave, que son début soit brusque ou lent ;

3° La splénectomie faite dès le début des accidents est la seule méthode de traitement qui permette la guérison.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Bordeaux, le 7 février 1896.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Pr E. MASSE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 février 1896.
Le Recteur,
A. COUAT

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

HEURTAUX. — Société de Chirurgie de Paris, 27 décembre 1893.

HARTMANN. — *Neuvième Congrès de chirurgie de Paris* 1895, p. 504.

LIEFFRING. — Thèse de Paris 1894.

RICHELOT. — Académie de médecine et *Bulletin médical*, juin 1893.

HARTMANN et MORAX. — *Annales de gynécologie*. Paris 1894, t. I, p. 193.

MALINS. — *The Lancet* 1894, p. 627.

BLAND-SUTTON. — *Britisch med. Journ.* 1892, t. II, p. 1334.

GLASCOW. — *Trans. of. amer. assoc. of obst. and gyn.* Philad. 1891, t. VIII, p. 238.

CONKLIN. — *Med. Rec.* New-York 1894, p. 103.

ALBERT. — *Verhandl. d. ges. f. chir.* 1885, t. XIV, p. 63.

PROCHOWNITCK. — *Deutch. med. Woch.* 1885, p. 479.

LAWRASON. — *New-Orleans med. and. surg. Journ.* 1888-1889, p. 354.

GERSUNY. — *Wiener med. Presse* 1888, p. 52.

PENROSE. — *Brit. med. Journ.*, suppl. du 4 août 1890, p. 2.

COOMANS et de CNAEP. — *Ann. des soc. d'Anvers* 1867.

ZING. — *Med. Rec.* New-York 1876, t. XI, p. 347.

KORTE. — *Berlin. Klin. Woch.* 1893, p. 902.

ROKITANSKY. — In Küchenmeister. *Ueber Wandermiltz Zeisctz f. med.* 1869, p 323.

ZUCCHI. — *Gazz. med. ital. lomb.* Milano 1848, p. 151.

BABESIU. — *Allgem Wien. med. Zeisctz* 1879, t. XXII, p. 347.

HELM et KOLB. — *Wiener Woch.* 37, 1856.

QUIQUEREZ. — *Oerterr Zeitschz für prakt Heilk.*, t. IX, p. 52, 1863.

KLEIN. — *Münch med. Woch.*, 29 octobre 1889, n° 44. p. 751.

Bordeaux. — Imprimerie du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.